

LANGDURIGE SUÏCIDALITEIT

Reflecties & Adviezen



Inhoud

Over deze adviezen	3
1. Hoe langdurige suïcidaliteit definiëren?	4
2. Wat kenmerkt langdurige suïcidaliteit?	6
3. Basisprincipes in suïcidepreventie	9
4. Langdurige suïcidaliteit exploreren en opvolgen	14
5. Interventies bij langdurige suïcidaliteit	17
6. Zelfzorg & ondersteuning.....	23
7. Samenvattend: wat neem je op in het beleid?.....	25
BIJLAGE - Risicofactoren voor langdurige suïcidaliteit	26
Referenties.....	30

Over deze adviezen

Deze adviezen bieden zorg- en hulpverleners handvatten voor de begeleiding van zorgvragers bij wie suïcidegedachten langdurig aanhouden of bij wie suïcidepogingen zich herhaaldelijk voordoen. Gezien de beperkte wetenschappelijke literatuur hierover vormen de adviezen voornamelijk een uitnodiging tot **reflectie**.

De adviezen werden ontwikkeld door het **Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie**, met de steun van de Vlaamse Overheid. Ze vormen een aanvulling op de multidisciplinaire richtlijn voor zorg- en hulpverleners 'Detectie en interventies bij suïcidale gedachten en gedrag' (VLESP, 2023), [die je hier kan raadplegen](#).

Voor de ontwikkeling van deze adviezen werd recente wetenschappelijke **literatuur** doorgenomen en werd een **klankbordgroep** van praktijkexperten samengesteld. We wensen de praktijkexperten uitdrukkelijk te bedanken voor hun inzichten en feedback.

Refereren naar deze adviezen:

Dumon, E., Stas, P., Gijzen, M., Van Den Berge, K., Pauwels, K., & Portzky, G. (2025). Langdurige suïcidaliteit: reflecties en adviezen. Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie.

1. Hoe langdurige suïcidaliteit definiëren?

TERMINOLOGIE

Bij sommige personen kunnen suïcidale gedachten over een lange periode blijven aanhouden of kunnen suïcidepogingen zich herhaaldelijk voordoen.

Zowel in wetenschappelijke literatuur als in de praktijk is er echter geen eenduidige benaming voor deze vorm van suïcidaliteit ^{1,2}. Verschillende termen zoals ‘chronische’, ‘langdurige’, ‘persisterende’, of ‘latente’ suïcidaliteit worden door elkaar gebruikt.

In deze adviezen opteren we, in samenspraak met praktijkexperten, voor de term **‘langdurige suïcidaliteit’**. De veelgebruikte term ‘chronische’ suïcidaliteit geniet minder de voorkeur, gezien het de indruk kan wekken dat de suïcidaliteit nooit meer zal of kan overgaan. Deze opvatting kan leiden tot meer stigma en hopeloosheid bij de zorgvrager en tot een te passieve rol van de zorgverlener.

DEFINITIE

Er bestaat **geen exacte definiëring of duidelijke omschrijving** van wanneer suïcidaliteit als langdurig kan worden aanzien. Evenmin is er een duidelijk afgebakend onderscheid tussen acute en langdurige suïcidaliteit. Suïcidale gedachten zijn immers vaak niet eenmalig en maken veelal deel uit van een suïcidaal proces dat meerdere jaren kan duren.

In de wetenschappelijke literatuur hanteren onderzoekers **verschillende definities** voor langdurige suïcidaliteit. Enkele voorbeelden:

- “Het ervaren van zelfmoordgedachten van variërende intensiteit op een continue of intermitterende basis gedurende een periode van maanden tot jaren, met de voortdurende waarschijnlijkheid dat een persoon een poging overweegt in de nabije toekomst” ³.
- “De aanwezigheid van zelfmoordgedachten die 24 maanden of langer aanhouden, zowel binnen als buiten een depressieve episode, en bestaande uit cognitieve vervormingen, bewuste, obsessieve en piekerende gedachten aan de dood, intenties of plannen” ¹.
- “Personen die klinisch last hebben van aanhoudende of herhaaldelijk intermitterende passieve of actieve zelfmoordgedachten, zelfmoordplannen en/of intermitterende zelfmoordpogingen” ⁴.

In deze adviezen opteren we voor de volgende definitie ^{4,5}:

“De persisterende of herhaaldelijke aanwezigheid van suïcidale gedachten (of suïcidale plannen) en/of het herhaaldelijk ondernemen van suïcidepogingen.”

BEPERKINGEN VANUIT ONDERZOEK

Hoewel langdurige suïcidaliteit vaak voorkomt (zie verder), bestaan er **weinig specifieke wetenschappelijke studies** naar de oorzaken, kenmerken of passende interventies.

Studies focussen meestal op het onderzoeken van de volgende **concepten** in relatie tot langdurige suïcidaliteit:

- **Persisterende suïcidale ideatie:** op meerdere meetmomenten in het onderzoek polst men naar de aanwezigheid van suïcidegedachten. De tijdsperiode tussen deze meetmomenten verschilt heel erg tussen studies.
- **Herhaalde suïcidepogingen**, namelijk het ondernemen van meer dan één suïcidepoging doorheen de levensloop.

Naargelang de studie wordt het langdurig karakter van suïcidaliteit dus **verschillend geïnterpreteerd en gemeten**. Dit maakt het moeilijk om informatie over de prevalentie, factoren en interventies bij langdurige suïcidaliteit te veralgemenen. In wat volgt splitsen we deze informatie waar mogelijk op per concept.

Gezien deze beperkingen, zijn deze adviezen naast onderzoek ook sterk gebaseerd op praktijkinzichten.



ONTHOUD

- Suïcidale gedachten zijn vaak niet eenmalig en maken veelal deel uit van een suïcidaal proces dat meerdere jaren kan duren.
- We definiëren langdurige suïcidaliteit als: “De persisterende of herhaaldelijke aanwezigheid van suïcidale gedachten (of suïcidale plannen) en/of het herhaaldelijk ondernemen van suïcidepogingen.”
- In onderzoek wordt langdurige suïcidaliteit op uiteenlopende manieren gedefinieerd en gemeten. Dit maakt het moeilijk om onderzoek eenduidig te vertalen naar klinische aanbevelingen.



AANBEVELING

Opteer voor de term ‘langdurige’ i.p.v. ‘chronische’ suïcidaliteit.

2. Wat kenmerkt langdurige suïcidaliteit?

HOGE PREVALENTIE

Het aantal personen dat zelfmoordgedachten langdurig ervaart varieert tussen studies en gaat van **3% tot 43%**. Studies verschillen onderling sterk in hoe ze suïcidaliteit meten en hoelang ze deelnemers opvolgen.

Een grootschalige studie waarin men deelnemers op twee momenten bevroeg (bij de start van het onderzoek en na 10 jaar) liet zien dat **suïcidaliteit vaak kan terugkomen** ⁶:

- **35%** van de personen die op meetmoment 1 aangaven dat ze ooit zelfmoordgedachten hadden, ervoer in de volgende 10 jaar opnieuw deze gedachten.
- **21%** van de personen die op meetmoment 1 aangaven dat ze ooit **plannen** voor een suïcide maakten, maakte in de volgende 10 jaar opnieuw plannen.
- **15%** van de personen die op meetmoment 1 aangaven dat ze ooit een **poging** ondernamen, deed in de volgende 10 jaar opnieuw een poging.

Dit toont dat langdurige suïcidaliteit niet ongebruikelijk is en waakzaamheid is aangewezen bij personen die eerder suïcidale gedachten hadden of een poging ondernamen.

NIET ÉÉN UITINGSVORM

Er is niet één uitingsvorm van langdurige suïcidaliteit. Het kan sterk **verschillen van persoon tot persoon** en kent vaak een **wisselend verloop over de tijd** ^{7,8}. Langdurige suïcidaliteit ontwikkelt zich bij iedereen anders ⁵. Zo zijn er verschillende evoluties en functies en kan de suïcidaliteit gerelateerd zijn aan diverse psychische problematieken ^{9,10}.

Kenmerkend voor alle vormen van langdurige suïcidaliteit is dat het een grote impact nalaat op de eigen **levenskwaliteit** en die van **naasten** en gepaard kan gaan met een hoge mate van **hopeloosheid**.

ONTSTAAN EN FACTOREN

Suïcidaliteit ontstaat telkens vanuit een complexe opeenstapeling en interactie van uiteenlopende kwetsbaarheids- en stressfactoren ([meer daarover lees je hier](#)). Dit is ook kenmerkend voor langdurige suïcidaliteit ⁶.

Onderstaand kader vat die factoren samen die in onderzoek specifiek werden geassocieerd met langdurige suïcidaliteit. Meer over deze factoren lees je in bijlage 1 die een neerslag vormt van de literatuurstudie voorafgaand aan deze adviezen.

WELKE FACTOREN VERHOGEN HET RISICO OP LANGDURIGE SUÏCIDALITEIT?

⚡ Stressvolle levensgebeurtenis(sen) of trauma in de **kindertijd** (bv. conflict, misbruik). Dit brengt vaak hechtingsproblemen tot stand.

👶 Aanvang van suïcidaliteit op jonge leeftijd.

▶ Een eerdere suïcidepoging.

🔍 Psychologische kenmerken/klachten:

- Uitgesproken persoonlijkheidskenmerken (bv. impulsiviteit)
- Slapeloosheid
- Bij jongeren: laag zelfvertrouwen en problemen met emotieregulatie
- Hopeloosheid, “entrapment” (het gevoel vast te zitten) en prikkelbaarheid verhogen specifiek het risico op een herhaalde suïcidepoging.

🧠 Psychische aandoeningen (Bv. borderline persoonlijkheidsproblematiek). Middelengebruik en -afhankelijkheid verhogen specifiek het risico op een herhaalde suïcidepoging.

📁 Een kwetsbare socio-economische positie (bv. door werkloosheid).

👤 Een beperkt sociaal netwerk en/of beperkte sociale verbondenheid.

DYNAMISCH VERLOOP: SLUIMEREND TOT ACUUT

Bij langdurige suïcidaliteit staan gedachten aan zelfdoding **niet continu op de voorgrond**. Soms zal suïcidaliteit afwezig of eerder op de achtergrond aanwezig zijn, dan weer prominent. Dit dynamisch verloop wordt beïnvloed door iemands kwetsbaarheid enerzijds en de stressfactoren in iemands leven anderzijds.

Er is **geen scherpe scheidingslijn** tussen langdurige en acute suïcidaliteit ⁵. Personen die reeds langdurig suïcidaal zijn kunnen toch in een crisissituatie komen, waardoor er opnieuw acute suïcidaliteit kan ontstaan. Hoe vaker iemand bovendien aan zelfmoord denkt, hoe meer die aan het idee kan wennen, waardoor remmingen en angsten voor zelfmoord kunnen afnemen. Daarnaast wordt de kans op overlijden ook groter naarmate men meerdere suïcidepogingen doet ¹¹.

Neem langdurige suïcidaliteit dus altijd ernstig. Zorg voor opvolging, blij waakzaam voor signalen en wees voorbereid op het opkomen van een acute periode. Het in kaart brengen van triggers kan daarbij helpen. Wees ook aandachtig wanneer pogingen korter op elkaar volgen of wanneer hopeloosheid toeneemt.

Het is niet ongebruikelijk dat iemand gedurende lange tijd of herhaaldelijk zal worstelen met suïcidaliteit tijdens de levensloop. Beschouw langdurige suïcidaliteit dan ook **niet als een ongewoon verschijnsel**. Verder is het relevant niet zozeer te focussen op de duur van de suïcidaliteit, maar eerder op **de functie ervan, de betekenis en motivaties ervoor**. Hierover lees je meer in het deel interventies.



ONTHOUD

- Het is gebruikelijk dat suïcidale gedachten langer duren dan enkele maanden en dat personen in hun leven meerdere periodes van suïcidaliteit (gedachten en/of pogingen) doormaken.
- Aan de basis van langdurige suïcidaliteit (aanhoudende suïcidale gedachten of herhaalde zelfmoordpogingen) ligt een complexe combinatie en interactie van verscheidene factoren.
- Trauma's in de kindertijd, evenals psychische aandoeningen (zoals borderline persoonlijkheidsproblematiek) komen vaak voor als risicofactor.
- Langdurige suïcidaliteit is dynamisch. Suïcidaliteit kan sluimerend aanwezig zijn, maar ook overgaan in een acute fase.
- Vaak en langdurig aan zelfdoding denken, evenals meerdere pogingen ondernemen, kan de drempel naar suïcide verlagen.



AANBEVELINGEN

- Ga na welke factoren aan de basis liggen van de langdurige suïcidaliteit, en stem interventies hierop af.
- Neem suïcidaliteit altijd ernstig, volg op en blijf waakzaam, ook wanneer het een langdurig of schijnbaar sluimerend karakter heeft.
- Ga na wat mogelijke triggers zijn die een acute fase kunnen voorafgaan.

3. Basisprincipes

Ook bij de aanpak van langdurige suïcidaliteit gelden onderstaande vier basisprincipes uit de algemene richtlijnen voor suïcidepreventie, al zal de klemtoon soms anders liggen.

- Contact maken en houden
- Veiligheid bevorderen
- Naasten betrekken en ondersteunen
- Zorgcontinuïteit faciliteren

CONTACT MAKEN EN HOUDEN

Bij personen met langdurige suïcidaliteit is het extra belangrijk om te zorgen voor een contact waarbinnen suïcidaliteit **blijvend openlijk kan worden besproken**, zodat je de zelfmoordgedachten goed kan exploreren, opvolgen en aandachtig kan zijn voor een mogelijke aankomende acute fase.

Zet in op een contact met respect voor **autonomie en empathie**, waarbij personen open kunnen spreken zonder angst voor onmiddellijke veiligheidsacties. Creëer een veilige omgeving waarin je naast de zorgvrager staat, de zelfmoordgedachten begrijpt en de persoon zich **gehoord, erkend en begrepen** voelt. Op deze manier kan je het isolement waar personen met langdurige suïcidaliteit zich vaak in bevinden, doorbreken.

Wees alert voor mogelijke weerstand of tegenoverdracht, hierover lees je meer in het deel zelfzorg.



AANBEVELING

Ga suïcidaliteit als thema niet uit de weg omdat 'het er al altijd is geweest' en leg uit aan de persoon dat dit een belangrijk onderwerp is om bespreekbaar te maken en te houden.

VEILIGHEID BEVORDEREN

Ook al is of blijkt suïcidaliteit eerder op de achtergrond aanwezig, **aandacht voor veiligheid blijft belangrijk**. In het bijzonder in die fases waarin zelfmoordgedachten opnieuw sterker en acuter worden. Het openlijk bespreken van veiligheidsmaatregelen en hier vooraf afspraken over maken met de zorgvrager en de naasten vormt hierin een belangrijk aspect. In het deel interventies lees je meer over safety planning.

Tracht daarbij in de eerste plaats de suïcidaliteit te exploreren en **herstelbevorderend** te handelen, in plaats van de suïcidaliteit te trachten controleren ¹². Kies voor een houding van ‘geduld, vertragen en verdragen’ en probeer de suïcidaliteit te begrijpen eerder dan te beheersen.

Praktijkrichtlijnen raden aan om eerder **terughoudend** te zijn in het onmiddellijk ondernemen van beschermende acties bij personen met langdurige suïcidaliteit ^{9,12,13}. Te veel veiligheidsmaatregelen zouden op lange termijn kunnen leiden tot een toename in regressief gedrag, bekrachtiging van de hopeloosheid en vermijding ¹⁴. Opnames zouden de suïcidaliteit ook kunnen doen toenemen en verhinderen dat de persoon copingvaardigheden gaat uitbouwen en toepassen in de eigen context ^{15,16}.

Daardoor zal een opname soms eerder niet aangewezen zijn en de voorkeur uitgaan naar **ambulante zorg** (die kan geïntensifieerd worden bij acute crisissen) ^{5,10,12,15,17,18}.

Zeker bij personen met een borderline persoonlijkheidsproblematiek zijn herhaalde opnames te vermijden en richt de behandeling zich best op het omgaan met triggerende gebeurtenissen (die zich regelmatig kunnen voordoen) en emotieregulatie ¹⁵.

Aangezien dit contra-intuïtief kan lijken, is het belangrijk dat je de persoon en naasten voldoende **informeert** en samen bespreekt waarom en wanneer welke maatregelen (bv. opname) al dan niet aangewezen zijn ¹⁴.



AANBEVELINGEN

- Initieer safety planning, ongeacht of suïcidaliteit latent of acuut aanwezig is.
- Handel herstelbevorderend en probeer de suïcidaliteit te begrijpen en verdragen, eerder dan te beheersen.
- Wees - zeker bij personen met een borderline persoonlijkheidsstoornis - terughoudend met restrictieve veiligheidsmaatregelen en leg uit aan de persoon en de naasten waarom je op deze manier handelt.

NAASTEN BETREKKEN ÉN ONDERSTEUNEN

Naasten betrekken is één van de pijlers in suïcidepreventie en ook bij langdurige suïcidaliteit essentieel gezien ook de naasten vaak al een lange weg hebben afgelegd ^{5,10,12}. Algemene tips voor het betrekken van naasten [lees je hier](#).

Belasting voor de naaste

Naasten van personen met langdurige suïcidaliteit ervaren op regelmatige basis intense emoties en stress. Het opnemen van de zorg ervaren naasten als steeds **zwaarder naarmate de suïcidaliteit langer aanhoudt en er meerdere pogingen voorkomen**. De belasting blijkt ook hoger naarmate de band met de zorgvrager hechter is ¹⁹.

In het begin kan het besef dat suïcidaliteit langdurig is een reactie van shock, schuldgevoelens, boosheid, hulpeloosheid en machteloosheid teweegbrengen bij de naaste. In een volgend stadium kan de bezorgdheid en het vaak moeten anticiperen ertoe leiden dat de naaste door cycli van **hyperwaakzaam gedrag** gaat, in een poging om veiligheid van de suïcidale naaste te garanderen en als manier om de angst en de onzekerheid te hanteren. Dit intens emotioneel proces en de constante waakzaamheid kunnen een eenzame en uitputtende ervaring zijn ¹⁹.

Tegelijk kan het hypervigilant gedrag van de naaste op zijn beurt een negatieve **impact hebben op de zorgvrager** en leiden tot interpersoonlijke conflicten. Het kan bij de persoon met zelfmoordgedachten zorgen voor schuldgevoelens (omwille van de belasting op de naaste) en boosheid (bv. door het feit dat de naaste hun autonomie beperkt) wat het gevoel kan versterken dat ze iemand tot last zijn waardoor het suïciderisico kan toenemen ¹⁹.

Naast hypervigilant gedrag ziet men in de praktijk ook dat naasten juist **ongevoelig** kunnen worden voor de suïcidaliteit en zich kunnen gaan terugtrekken. Naasten kunnen bovendien ook zelf **kwetsbaar** worden voor het ontwikkelen van suïcidale gedachten, gezien de herhaaldelijke blootstelling eraan ¹⁹. Wees hier alert voor en verwijs naasten naar hulp.

Versterken van de band met de naaste

Werken aan sterke interpersoonlijke relaties en open communicatie tussen de zorgvrager en de naaste is een belangrijk onderdeel van suïcidepreventie. Zorgvragers zijn immers meer geneigd om hun suïcidedgedachten te uiten als ze ondersteunende en bevredigende relaties hebben ²⁰.

Naasten vermijden echter vaak open communicatie over zelfdoding door een algemeen gevoel van ongemak, onzekerheid wat te kunnen en mogen zeggen of de angst om het erger te maken. Ook zorgvragers zelf zijn minder geneigd om open over hun suïcidedgedachten te spreken vanuit de angst om een last te zijn voor hun naaste of vanuit een algemeen gevoel er niet bij te horen. Probeer als zorgverlener deze drempels te verlagen en een veilige omgeving te creëren voor open communicatie.

In gesprek met naasten

Motiveer de zorgvrager om naasten te betrekken en bereid het gesprek samen voor. Zorg er ook voor dat je als zorgverlener gesteund wordt door jouw organisatie, bv. met betrekking tot waarom je in sommige situaties niet meteen overgaat tot beschermende maatregelen zoals een opname.

In het gesprek met naasten focus je op ¹⁵:

- Bespreken van de **huidige situatie** van de zorgvrager, de stand van zaken van de behandeling en de visie van het team op de verdere weg naar herstel. Informeer naasten grondig zodat zij begrijpen waarom bepaalde keuzes m.b.t de behandeling gemaakt werden.
- Bevragen van de **visie** van de naasten: welke risicofactoren of beschermende factoren zien zij? Wat denken zij dat de persoon zou kunnen helpen of wat de behandeling zou kunnen versterken?
- Beluisteren van de **verwachtingen** van naasten. Stel deze indien nodig bij. Dit kan bv. gaan over de beschikbaarheid en verantwoordelijkheid van de zorgverlener of over garanties om de zorgvrager veilig te houden.
- Bieden van **psycho-educatie en ondersteuning** aan de naasten, o.a. in het kader van safety planning (zie verder), zodat naasten weten hoe ze best ondersteuning kunnen bieden.
- Ruimte scheppen voor de **vragen en bezorgdheden** van naasten. Bespreek ook wat ze kunnen doen bij schrik voor escalatie en hoe ze kunnen omgaan met interpersoonlijke conflicten of crisissen.

Bied ook informatie en steun tijdens **transfermomenten**, want deze ervaren naasten als zeer stressvol ²¹. Voorzie bv. duidelijke informatie over de diagnose en het ziekteverloop (incl. het vooruitzicht dat het beter kan worden), over het herkennen van signalen, over hoe herval en hospitalisatie te voorkomen, over ontslag en follow-up zorg.



TIP

Verwijs naasten naar www.mee-leven.be, deze website biedt hen informatie, erkenning en steun.



AANBEVELINGEN

- Betrek naasten in de zorg.
- Wees alert voor de draagkracht en mogelijke suïcidaliteit van naasten.
- Informeer naasten grondig over de mogelijkheden van de behandeling en stel indien nodig verwachtingen bij.
- Bied naasten psycho-educatie en ondersteuning.

ZORGCONTINUÏTEIT FACILITEREN

Personen met langdurige suïcidaliteit hebben vaak een **lange (voor)geschiedenis** in de hulpverlening, met veel verschillende behandelingen en hulpverleners ^{9,14}.

Continuïteit van zorg is voor deze doelgroep extra belangrijk, omdat het vaak en snel wisselen van hulpverlener hardnekkige opvattingen bij de zorgvrager kan versterken (bv. 'ik ben anderen tot last'; 'niemand kan me verdragen', 'ik ben hopeloos') ^{14,22}.

Ga daarom, rekening houdend met je eigen grenzen (zie verder in Zelfzorg) en de mogelijkheden binnen de setting, een **langdurig engagement** aan met de persoon en tracht veelvuldige doorverwijzingen te vermijden ¹². Indien je toch doorverwijst, zorg dan voor een vlotte overgang naar de nieuwe zorgverlener. Stel bij voorkeur een **multidisciplinair zorgnetwerk** op rond de persoon en diens naaste(n).



AANBEVELINGEN

- Zorg voor een langdurig engagement voor de begeleiding van de persoon.
- Bouw een multidisciplinair zorgnetwerk op dat de persoon en naasten kan ondersteunen.

4. Langdurige suïcidaliteit exploreren en opvolgen

SUÏCIDALITEIT BESPREKEN

Ook bij langdurige suïcidaliteit is het belangrijk om suïcidaliteit proactief bespreekbaar te maken en te houden. Hoe diep je hierop ingaat zal verschillen naargelang suïcidaliteit eerder latent of acuut aanwezig is.

Meer informatie over hoe je suïcidale gedachten en gedrag bevraagt en bespreekt [vind je in deze algemene richtlijnen](#). Hieronder ligt de focus op aandachtspunten bij langdurige suïcidaliteit.

WELKE ELEMENTEN BRENG JE IN KAART?

Net zoals bij acute suïcidaliteit breng je bij langdurige suïcidaliteit de elementen uit de [Risicoformulering](#) in kaart, of bouw je verder op een eerdere Risicoformulering. Dit kan je doen met behulp van de tool [LOES](#). Houd daarbij rekening met onderstaande aandachtspunten ^{5,10}.

In kaart brengen van suïcidale ideatie

- Ga uitgebreid in op de historie van suïcidale gedachten en pogingen over de verschillende periodes in het leven heen. Dit kan inzicht bieden in het verloop en in wat mogelijke triggers zijn die de intensiteit kunnen doen toenemen en/of een poging kunnen voorafgaan.
- Ga na wat attitudes zijn ten aanzien van suicide. Is er ambivalentie? Is er angst voor de dood? Ziet de persoon zichzelf overgaan tot een volgende poging?
- Pols regelmatig naar de frequentie en intensiteit van de suïcidale gedachten en of er concrete plannen zijn.

In kaart brengen van risicofactoren

- Probeer een goed zicht te hebben op het aantal en de aard van voorbije suïcidepogingen.
- Ga na en bespreek de aanwezigheid van specifieke risicofactoren voor langdurige suïcidaliteit zoals trauma in de kindertijd, psychische aandoeningen van langdurige aard, patronen van middelengebruik/-misbruik, ... Stem interventies daar ook op af.

In kaart brengen van beschermende factoren

- Ga de impact na van de suïcidaliteit op de levenskwaliteit.
- Breng coping vaardigheden in kaart en zet in op interventies die deze kunnen versterken.
- Breng sociale relaties en hechtingspatronen in kaart, waaronder:
 - de aard en kwaliteit van relaties en hechtingspatronen,
 - interpersoonlijke dynamieken en conflicten,
 - draagkracht en -last van naasten (Zijn naasten op de hoogte van de suïcidaliteit? Kunnen ze betrokken worden? Wat is het verwachte effect en wat zijn de verwachte reacties van naasten op de suïcidaliteit?)

In kaart brengen van voorspelbare veranderingen

- Pols regelmatig naar de mate van hopeloosheid en naar de mate waarin de persoon naar zaken uitkijkt of tegen zaken opziet (toekomstperspectief).
- Wees waakzaam voor triggers en voor mogelijke veranderingen in de nabije toekomst in het leven van de persoon die een impact kunnen hebben. Zodat zowel de persoon zelf, de naaste(n) als de zorgverlener(s) op een crisis kunnen anticiperen.

HOE BLIJF JE ALERT VOOR WAARSCHUWINGSSIGNALEN?

Omdat mensen met langdurige suïcidaliteit een groot risico hebben om een acute crisis door te maken, is een verhoogde waakzaamheid cruciaal ⁹.

Wees bij elk contact alert voor waarschuwingssignalen die erop kunnen wijzen dat suïcidaliteit acuter wordt. Deze waarschuwingssignalen verschillen, voornamelijk in urgentie, van algemene risicofactoren en zijn vaak eerder kortstondig ^{23,24}. **Let op de frequentie, duur, urgentie en intensiteit van deze signalen.**

VOORBEELDEN VAN SIGNALEN

Intensiteit van psychische pijn

- Intense emoties, zoals wanhoop, hopeloosheid, woede, ernstige angst en agitatie, gevoelens van verlating, eenzaamheid, schuld, schaamte en zelfhaat (Hendin et al., 2001).
- Toenemende psychische pijn of wijzigingen in frequentie, intensiteit en urgentie van suïcidale gedachten, het maken van plannen voor suïcide of gedrag ²⁵⁻²⁷. Bijvoorbeeld wanneer pogingen frequenter gebeuren of korter op elkaar volgen.
- De psychische aandoening toont zich anders, bijvoorbeeld de symptomen nemen toe of emoties zijn heftiger of net minder aanwezig.
- Een hogere hopeloosheid ten aanzien van het ziektebeeld en de behandeling.
- Luister ook tussen de lijnen door voor impliciete verwijzingen naar zelfbeschadigend gedrag, nieuw gedrag of veranderingen in het gedrag ⁵.

Levensgebeurtenissen

Wees alert voor bepaalde triggers, gedragspatronen, en/of veranderingen of onvoorziene omstandigheden (bv. een heftige gebeurtenis) die suïcidale gedachten, plannen of gedrag kunnen uitlokken ¹⁰.

Veranderingen in het contact

Wees alert voor veranderingen in het contact of wanneer het contact plots anders voelt. Bv. wanneer de persoon plots niet meer naar de sessies komt of wanneer deze minder actief deelneemt of geen oogcontact meer maakt.

Signalen van naasten

Wees alert voor signalen van naasten. Bv. wanneer naasten aangeven dat ze iets opmerken of de zorgvrager geeft een verandering aan in het contact met de naasten (vb. de melding dat die minder steun ervaart van zijn omgeving of dat die zijn omgeving niet meer wil belasten met als gevolg dat de naasten niet meer op de hoogte zijn van de suïcidaliteit).



TIP

Wanneer je signalen opmerkt, benoem deze en vraag door. Het is essentieel regelmatig suïcidale gedachten en plannen expliciet te (her)bevragen.



AANBEVELINGEN

- Maak een Risicoformulering op waarbij je extra aandacht besteedt aan de voorgeschiedenis van de suïcidaliteit, coping mechanismen en mogelijke triggers.
- Blijf alert voor waarschuwingssignalen voor acutere fases van suïcidale gedachten en/of gedrag.
- (Her)bevraag en bespreek suïcidaliteit wanneer je signalen of triggers opmerkt.

5. Interventies bij langdurige suïcidaliteit

BEPERKINGEN VANUIT ONDERZOEK

Er is veel onderzoek naar interventies die kunnen helpen voor de behandeling van suïcidaliteit, deze kan je nalezen in de algemene richtlijnen voor suïcidepreventie. Studies maken echter zelden onderscheid tussen acute of langdurige suïcidaliteit en volgen zelden personen over langere tijd op. Daardoor kunnen we niet met zekerheid stellen of interventies doeltreffend zijn bij langdurige suïcidaliteit. Interpreteer onderstaande aanbevelingen dus in het licht van deze beperkingen.

Aanvullend op de algemene richtlijnen, zetten we in dit deel enkele interventies en technieken in de verf die toepasbaar zijn in de context van langdurige suïcidaliteit, maar nog verder te verkennen en te onderzoeken zijn. Ze zijn gebaseerd op elementen uit diverse psychotherapeutische interventies die werkzaam blijken bij suïcidaliteit.

Er is wel specifiek onderzoek naar de aanpak van langdurige suïcidaliteit bij personen met een Borderline Persoonlijkheidsproblematiek (BPP). Wanneer onderzoek specifiek hierover gaat, specificeren we dit in de tekst.

BASISHOUDING: BALANS TUSSEN AANVAARDING EN VERANDERING

De begeleiding van personen die langdurig met suïcidaliteit kampen stelt hulpverleners voor een complexe en moeilijke taak die veel van hen kan vragen.

Als basishouding dien je enerzijds te aanvaarden dat er soms **minder vooruitgang of perspectief** kan zijn. Anderzijds is het van belang te blijven streven naar verandering. Maar soms kan het voortdurend vooruitgang willen zien of bekomen een valkuil zijn. Op die momenten kan het al veelbetekenend zijn om het lijden empathisch te erkennen en dat centraal te stellen.

Naast het aanpakken van de suïcidaliteit is de aanpak van de bijkomende psychiatrische problematieken ook steeds een belangrijk onderdeel van de behandeling ^{5,9,14}.

SAFETY PLANNING

Ook bij langdurige suïcidaliteit is het sterk aanbevolen om een Safety Plan op te maken en op te volgen^{5,10,17}. Zo heeft de zorgvrager steeds iets om in een crisis naar terug te grijpen.

Een Safety Plan kan dienen als een middel om zelfstandig crisissen te overbruggen, nieuwe copingstrategieën aan te leren en te oefenen met emotieregulatietechnieken. Het maakt het ook mogelijk om op voorhand duidelijke afspraken te maken over wat te doen bij een crisis en in welke omstandigheden een opname bijvoorbeeld wel of niet aangewezen zou zijn.



Aandachtspunten

- Gezien de soms lange behandelgeschiedenis is er mogelijk **weerstand** en ga je motiverende gespreksvoering (zie verder) moeten inzetten om de persoon te overtuigen van het belang en nut van een Safety Plan.
- Het is essentieel om **naasten** te betrekken bij safety planning. De rol van naasten als bron van sociale steun kan echter complexer zijn. Mogelijk heeft de zorgvrager door de langdurige aard van de suïcidaliteit het gevoel naasten tot last te zijn, of staat de draagkracht van de naasten onder druk (zie het deel Basisprincipes). Bespreek dit uitvoerig en exploreer hoe je zowel de band met naasten als de draagkracht van naasten kan versterken. Daarbij zal aandacht moeten uitgaan naar het bespreken van relationele spanningen en het zoeken naar strategieën die zowel voor de zorgvrager als voor de naaste de hulpeloosheid en machteloosheid kunnen verminderen²⁰.

Meer informatie over safety planning vind je op: zelfmoord1813.be/safetyplan

ONDERZOEK DE FUNCTIES, EFFECTEN EN BETEKENIS VAN SUÏCIDALITEIT

Bekrachtigingsmodel als kader

Het **bekrachtigingsmodel** van suïcidaliteit²⁹ is een inzichtelijk theoretisch model dat handvaten biedt voor het in kaart brengen van de functie, betekenis en effecten van langdurige suïcidaliteit.

Het model gaat specifiek over de context van langdurige suïcidaliteit bij personen met een **borderline persoonlijkheidsproblematiek** (BPP), maar omvat algemene principes van casusconceptualisatie en gedragsanalyse die o.a. binnen de cognitieve gedragstherapie (CGT) centraal staan en algemeen van toepassing kunnen zijn.

Binnen het bekrachtigingsmodel worden suïcidale gedachten en gedrag gezien als **functionele gedragingen** die een betekenis en functie hebben, net zoals bijvoorbeeld piekeren vaak als gedrag wordt gezien. Dit betekent dat de suïcidaliteit **effecten heeft op korte en lange termijn** die bekrachtigend kunnen werken en daardoor de suïcidaliteit in stand kunnen houden.

Binnen dit kader is het zinvol de motieven, effecten en betekenis van de suïcidaliteit helder te krijgen.

Motieven en functies van suïcidaliteit

Krijg inzicht in de suïcidaliteit door te polsen naar mogelijke **motieven en functies**^{10,15}. Een aantal voorbeelden van motieven:

- **Komt de suïcidaliteit voort uit een wens om te ontsnappen aan ondraaglijke gevoelens en gedachten?**
Dit kan gaan om emotionele pijn en angst gelinkt aan gevoelens zoals frustratie, woede, hopeloosheid, schuld, schaamte, zelfhaat, het gevoel vast te zitten of een last te zijn voor anderen, een gevoel van leegte, sociale isolatie, onbekwaamheid, faalangst, afhankelijkheid, machteloosheid, verlies, zwakte, chronische fysieke pijn.
- **Komt de suïcidaliteit voort uit een wens om te ontsnappen aan ondraaglijke huidige of toekomstige situaties of levensomstandigheden?**
Dit kan gaan over interpersoonlijke conflicten, het willen vermijden om gekwetst te worden of anderen te kwetsen, de schrik voor confrontatie, ...
- **Komt de suïcidaliteit voort uit het willen communiceren en signaleren van bepaalde gevoelens en gedachten om bepaalde gevolgen te bekomen?**
Dit kan gaan over het expressief uiten van woede, wraak, wanhoop, met als doel om aandacht, begrip of hulp te krijgen van anderen.

Effecten van suïcidaliteit

Daarnaast is het zinvol om zicht te krijgen op de positieve en negatieve effecten en gevolgen (zowel op korte en lange termijn) die de suïcidaliteit hebben op de zorgvrager. Dit kan aanknopingspunten bieden om een persoon te motiveren voor behandeling en interventies.

Nagaan van positieve effecten

Suïcidale gedachten kunnen op korte termijn zorgen voor positieve effecten die deze gedachten kunnen bekrachtigen en in stand houden.

Enkele voorbeelden:

- Het ervaren van **opluchting of controle**³⁰ wat kan dienen als een copingmechanisme om moeilijke gevoelens te vermijden of ontwijken.
- Het **verminderen van hopeloosheid of hulpeloosheid** waardoor suïcidaliteit een **emotieregulerende functie** heeft²⁹.
- Mogelijk kunnen suïcidale gedachten en/of gedrag op korte termijn ook voor meer **sociale verbondenheid** zorgen (bv. door contact met andere mensen die suïcidaliteit ervaren, of door verhoogde steun van naasten).

Bevraag mogelijke positieve effecten van de suïcidegedachten en bied begrip en erkenning zonder erover te oordelen.



VOORBEELDVRAGEN

- *Sommige personen ervaren suïcidegedachten als stressvol, maar soms ook als een uitweg of troost. Hoe is het voor jou om die gedachten te hebben?*
- *Bieden die gedachten soms troost?*
- *Vormen de gedachten soms een opluchting?*
- *Geven die gedachten jou een gevoel van controle?*
- *Op welke manier helpen die gedachten jou?*

Nagaan van negatieve effecten

Langdurige suïcidaliteit gaat echter ook gepaard met **negatieve gevolgen** ^{18,29}.

Enkele voorbeelden:

- Verhoogde mentale pijn en lijden;
- Lichamelijke gevolgen en stigma bv. omwille van zichtbare littekens bij zelfbeschadigend of suïcidaal gedrag;
- Afname in probleemoplossend gedrag;
- Toename in interpersoonlijke conflicten;
- Instandhouding van psychosociale moeilijkheden.

Vaak worden deze gevolgen echter pas duidelijk op **langere termijn**, waardoor de zorgvrager er minder inzicht in kan hebben wat tot onvoldoende motivatie tot verandering of behandeling kan leiden. Sta dus ook samen stil bij deze negatieve gevolgen.



VOORBEELDVRAGEN

- *Maak je je soms zorgen over de aanhoudende suïcidale gedachten of wensen? In welke mate?*
- *Maken andere mensen uit je omgeving zich zorgen over je aanhoudende suïcidale gedachten? In welke mate?*
- *Stel je voor dat deze gedachten blijven aanhouden, los van het risico op een poging, wat zou je daaraan het moeilijkste of ergste vinden?*
- *Welke invloed hebben je suïcidale gedachten op hoe je over jezelf denkt?*
- *Stel dat je minder tijd zou doorbrengen met het denken aan suïcide, wat zou je dan willen of kunnen of hopen te bereiken? Welk voordeel zou dat kunnen hebben?*



TIPS

- Ga in het gesprek **niet te snel** over tot het exploreren van de negatieve gevolgen om weerstand te vermijden. Volg het tempo van de persoon en vermijd een confronterende houding in deze fase. Neem eerder een nieuwsgierig, geïnteresseerde houding aan.
- **Bekrachtig** personen in het benoemen van deze negatieve gevolgen, zowel verbaal als non-verbaal. Vat de genoemde gevolgen geregeld samen en koppel deze terug. Op die manier maak je de ambivalentie expliciet.
- Gebruik hulpmiddelen om positieve en negatieve gevolgen op korte en lange termijn te **visualiseren** zoals een bord, post-its, index-kaarten, ... Op deze manier zijn de voor- en nadelen van de suïcidaliteit voor de persoon letterlijk zichtbaar. Dit kan de nodige afstand creëren tussen de persoon en de suïcidaliteit wat toelaat de suïcidaliteit in meta-perspectief te bekijken en bespreken ¹⁸.

Betekenisanalyse

Naast de gevolgen, dienen ook de **functies** van de suïcidaliteit in kaart te worden gebracht, binnen de cognitieve gedragstherapie staat dit gekend als de betekenisanalyse.

Daarbij breng je in kaart wat voor een persoon en binnen diens context **triggerende situaties** zijn die suïcidaliteit kunnen versterken en welke **kernovertuigingen en emoties** er in dat soort situaties overheersen.

Het inventariseren daarvan laat toe om bepaalde **patronen en viciëuze cirkels** te herkennen, die later bij interventies kunnen aangepakt worden. Het biedt ook cruciale informatie over de motivatie en de achterliggende betekenis van de suïcidaliteit en kan verklaren welke factoren bijdragen aan de instandhouding ervan.

MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

Gezien er bij langdurige suïcidaliteit sprake kan zijn van een verminderd geloof in en **weerstand** t.a.v. verandering en behandeling, kan motiverende gespreksvoering helpen ¹⁸. Systematische reviews tonen namelijk (kleine) positieve effecten van motiverende gespreksvoering op **gedragsverandering en therapietrouw** ³¹⁻³⁴.

Net zoals bij acute suïcidaliteit, is er bij langdurige suïcidaliteit sprake van een **ambivalentie** tussen willen leven en willen sterven. Om personen met langdurige suïcidaliteit te motiveren tot verandering en het opstarten van interventies is het belangrijk deze ambivalentie evenals de bekrachtigingsmechanismen (zie boven) expliciet te bespreken. Teismann en Koban (2022) stellen hiervoor een behandelmodel voor op basis van het bekrachtigingsmodel van Hennings (zie boven) en de **cirkel van gedragsverandering** ³⁵ waarbij je je aanpak gaat afstellen op de fase van gedragsverandering waarin de persoon zich bevindt.

Als de zorgvrager zich bijvoorbeeld nog niet bewust is van een probleem en geen intentie tot verandering heeft, ga je focussen op het creëren van inzicht in de impact van de suïcidale gevoelens en

gedrag. Als de zorgvrager wel al verandering wenst, bekrachtig je deze wens en bedenk je samen concrete stappen naar verandering die je vervolgens verder begeleidt.

VERSTERKEN VAN COPINGVAARDIGHEDEN

Het is belangrijk om met personen die langdurig suïcidaal zijn in kaart te brengen wat de aard van de suïcidegedachten is, op welke manieren ze gebruikelijk met deze gedachten omgaan, in welke mate ze er last van hebben en hoe ze deze gedachten draaglijk kunnen houden.

Vandaaruit kan je vervolgens vertrekken om bepaalde copingvaardigheden bv. leren doorbreken van denkfouten, probleemoplossend gedrag, het zoeken van afleiding, of steun bij anderen te versterken.



VOORBEELDVRAGEN

- Wanneer je aan zelfdoding denkt, welke gedachten komen er zoal in je op?
- Wanneer deze gedachten opkomen, wat doe je dan, hoe ga je ermee om?
- In welke mate heb je last van je suïcidegedachten? Beïnvloeden ze je dagelijks functioneren?
- In welke mate ben je al gewoon geraakt aan deze gedachten?
- Praat je met naasten over je suïcidegedachten?
- Wat is er nodig om je suïcidegedachten draaglijk te houden?



AANBEVELINGEN

- Zorg voor een basishouding waarin je empathisch erkennen van het lijden centraal stelt.
- Pas safety planning toe om een persoon voor te bereiden op een crisis.
- Breng waarschuwingssignalen en triggers voor acutere fases van suïcidale gedachten en/of gedrag in kaart en blijf hier alert voor.
- Exploreer de functie, effecten en betekenis van de suïcidale gedachten en/of gedrag.
- Hanteer motiverende gespreksvoering om de ambivalentie en bekrachtigingsmechanismen van suïcidaliteit te bespreken en de bereidheid tot verandering en het opstarten van interventies te verhogen.
- Versterk copingvaardigheden voor het omgaan met suïcidale gedachten.

6. Zelfzorg & ondersteuning

Zorg verlenen aan personen die reeds langdurig aan suïcidaliteit lijden kan belastend zijn. Zeker wanneer de suïcidaliteit samengaat met een persoonlijkheidsproblematiek waarbij interpersoonlijke dynamieken het contact kunnen bemoeilijken ^{9,10,14}.

Er is een voortdurende afweging tussen het nemen van veiligheidsmaatregelen en het bevorderen van de autonomie van de persoon. Hierbij dien je in zekere mate de aanwezige suïcidaliteit te kunnen verdragen en extra aandacht te hebben voor je eigen mentale welzijn.

STA STIL BIJ EIGEN EMOTIES, ATTITUDES EN COMPETENTIES

Het contact met de zorgvrager kan veel **emoties** bij jezelf losmaken zoals angst, frustratie, zorgen, wanhoop, moedeloosheid en twijfels over je eigen competentie ^{36,37}.

Ook **tegenoverdracht** kan optreden. Misschien ga je bijvoorbeeld over je eigen grenzen om de persoon te helpen, zie je op tegen een afspraak, ga je jezelf (mentaal) terugtrekken tijdens de sessies, of ga je ervan uit dat de persoon niet te helpen valt.

Wees **alert** voor deze emoties en tegenoverdracht bij jezelf als hulpverlener en voor de impact ervan op het contact en de begeleiding. Het is zinvol om stil te staan bij onderstaande vragen ¹⁰.



VRAGEN VOOR JEZELF

- Hoe ga je om met je eigen emoties, met angst voor de dood, met de nood aan controle?
- Wat zijn jouw attitudes ten aanzien van suïcide?
- Hoe schat je volgende vaardigheden bij jezelf in?
 - Compassie: steunend zijn tijdens het gesprek, ook bij moeilijke gespreksonderwerpen zoals suïcide (versus 'compassion fatigue');
 - Het vermogen om te confronteren;
 - Het vermogen om actief te handelen bij dreigende suïcidaliteit;
 - Het vermogen om te accepteren dat personen uiteindelijk zelf verantwoordelijk zijn voor hun acties;
 - Het vermogen om persoonlijke tegenoverdracht aan te pakken.

VOORZIE ONDERSTEUNING

Voldoende ondersteuning voor jezelf voorzien is cruciaal. Dit kan deels op niveau van het team, maar aarzel ook zeker niet om persoonlijke professionele hulp in te roepen. Dit kan je helpen om grenzen te stellen, stress te hanteren, of moeilijke gebeurtenissen te verwerken.

Ondersteuning binnen het team

Frequent overleg, intervisie en supervisie binnen het team zijn belangrijk bij het omgaan met complexe casussen ^{5,10,12}. Dit kan je bijvoorbeeld helpen om gevoelens van tegenoverdracht te herkennen en beperken ³⁸. Geef daarbij zowel jezelf als je team voldoende tijd en ruimte en zie elke casus als een leerproces dat gepaard kan gaan met vallen en opstaan.

Ook multidisciplinair samenwerken met collega's buiten het team kan helpen om samen na te denken over casussen en een gedeelde verantwoordelijkheid te creëren.

Opvolging van het zorgtraject

Tot slot is het aangewezen om bij elke casus nauwgezet bij te houden hoe de suïcidaliteit evolueerde, welke stappen en beslissingen in de behandeling werden genomen en waarom, en wat de effecten daarvan waren ^{5,10,15,39}. Dit kan helpen om te leren uit elke casus en laat ook toe om bij een incident (bv. na een poging of suïcide) terug te kijken en een reconstructie en evaluatie mogelijk te maken. [Meer over reconstructie en evaluatie lees je hier.](#)

7. Samenvattend: wat neem je op in het beleid?

Neem de aanpak bij langdurige suïcidaliteit ook op in het suïcidepreventiebeleid. Onderstaande elementen zijn daarbij relevant.

TERMINOLOGIE & DEFINIËRING

- Hanteer de term 'langdurige' suïcidaliteit.
- Definieer wat je begrijpt onder langdurige suïcidaliteit.

EXPLORATIE EN INTERVENTIES

- Zet in het contact met langdurig suïcidale personen voornamelijk in op een empathische houding en erkenning van het psychisch lijden.
- Breng volgende zaken in kaart:
 - De voorgeschiedenis van suïcidale gedachten en suïcidepogingen
 - De functies van suïcidale gedachten en suïcidepogingen
 - Mogelijke triggers
 - Interpersoonlijke vaardigheden en netwerk
- Wees bewust dat er ook bij langdurige suïcidaliteit een acute fase kan opduiken. Pas safety planning toe.
- Wees terughoudend met het onmiddellijk overgaan tot restrictieve veiligheidsmaatregelen. Afspraken over veiligheid doe je in dialoog met de persoon en naaste(n).
- Voorzie extra ondersteuning voor naasten.

ZORGCONTINUÏTEIT

- Voorzie een follow-up contact na ontslag. Bij opname na een poging valt het immers op dat personen waarmee kort na de opname geen contact meer was, vaker opnieuw een zelfmoordpoging ondernamen.

ZELFZORG & STEUN

- Voorzie intervisie en ondersteuning voor het team bij het begeleiden van langdurig suïcidale personen.

BIJLAGE - Risicofactoren voor langdurige suïcidaliteit

Suïcidale gedachten en gedrag ontstaan telkens vanuit een complexe interactie van allerlei factoren. Dit patroon en gelijkaardige factoren zien we ook terugkomen bij langdurige suïcidaliteit {Borges et al., 2008}.

In onderzoek maakt men zelden onderscheid tussen de impact van risicofactoren op korte en lange termijn, maar enkele studies keken wel specifiek naar risicofactoren die samenhangen met persisterende zelfmoordgedachten of met herhaalde suïcidepogingen. Op basis daarvan bieden we hieronder een overzicht van factoren waarvoor er tot nu wetenschappelijk bewijs werd gevonden (dit is bijgevolg niet volledig gezien structureel onderzoek ontbreekt).

Onderstaand kader biedt een samenvattend overzicht. Daarna komen alle factoren in detail aan bod. Referenties van dit onderdeel zijn op vraag beschikbaar bij VLESP.

WELKE FACTOREN VERHOGEN HET RISICO OP LANGDURIGE SUÏCIDALITEIT?

⚡ Stressvolle levensgebeurtenis(sen) of trauma in de kindertijd (bv. conflict, misbruik). Dit brengt vaak hechtingsproblemen tot stand.

👶 Aanvang van suïcidaliteit op jonge leeftijd.

▶ Een eerdere suïcidepoging.

🔍 Psychologische kenmerken/klachten:

- Uitgesproken persoonlijkheidskenmerken (bv. impulsiviteit)
- Slapeloosheid
- Bij jongeren: laag zelfvertrouwen en problemen met emotieregulatie
- Hopeloosheid, “entrapment” (het gevoel vast te zitten) en prikkelbaarheid verhogen specifiek het risico op een herhaalde suïcidepoging.

👤 Psychische aandoeningen (Bv. borderline persoonlijkheidsproblematiek). Middelengebruik en -afhankelijkheid verhogen specifiek het risico op een herhaalde suïcidepoging.

👛 Een kwetsbare socio-economische positie (bv. door werkloosheid).

👤 Beperkt sociaal netwerk en/of beperkte sociale verbondenheid.

TRAUMA IN DE KINDERTIJD

Factoren die bij langdurige suïcidaliteit vaak terugkomen zijn:

- de aanwezigheid van **vroegkinderlijk trauma**, zoals mentaal, fysiek of seksueel misbruik {Ten Have et al., 2009; Herzog et al., Van Vuuren et al., 2021};
- het meemaken van **stressvolle levensgebeurtenissen in de kindertijd** {Cleare et al., 2018; Larkin et al., 2014; Lubbert et al., 2021; Mirkovic et al., 2021}.

Trauma in de kindertijd kan ervoor zorgen dat er zich **hechtingsproblemen** ontwikkelen die op hun beurt een invloed hebben op het ontstaan van suïcidaliteit (Szeifert et al., 2025). In de praktijk worden hechtingsproblemen heel vaak gezien bij personen die aan langdurige suïcidaliteit lijden.

SOCIO-DEMOGRAFISCHE FACTOREN

Wanneer zelfmoordgedachten reeds op **jonge leeftijd** beginnen, verhoogt dit het risico op het ontwikkelen van langdurige suïcidegedachten {Mulholland et al., 2023; Galfalvy et al., 2023; Hoffmire et al., 2022} en op een herhaalde zelfmoordpoging {Chen et al., 2014; Mirkovic et al., 2021; Lubbert et al., 2021; Mulholland et al., 2023; Thomas et al., 2021}.

Daarnaast doen **vrouwen** meer herhaalde zelfmoordpogingen dan mannen {Cleare et al., 2018; Fedyszyn et al., 2016; Hu et al., 2016}.

Verder blijkt uit meerdere studies dat een **kwetsbare socio-economische positie** {Choi et al., 2023; Gunnell et al., 2004; Mulholland et al., 2023}, een lager inkomen, werkloosheid, of economische inactiviteit {Gunnell et al., 2004} het risico op langdurige gedachten aan zelfmoord verhogen, evenals een lager opleidingsniveau {Ten Have et al., 2009}. Werkloosheid of opgroeien in een kwetsbare socio-economische context werd ook geassocieerd met een herhaalde zelfmoordpoging {Golay et al., 2021; Hu et al., 2016}.

PSYCHOLOGISCHE RISICOFACTOREN

Meerdere psychologische factoren zijn geassocieerd met langdurige **gedachten** aan zelfmoord:

- Slapeloosheid {Kivela et al., 2019},
- Hopeloosheid {Kivela et al., 2019; Czyz et al., 2022},
- Impulsiviteit {Galfalvy et al., 2023},
- Uitgesproken persoonlijkheidskenmerken (bv. hoge introversie, hoog neuroticisme, laag zelfvertrouwen) {Galfalvy et al., 2023},
- Sociale kenmerken (bv. lage interpersoonlijke vaardigheden, zich weinig verbonden voelen met anderen, zich een last voelen) {Galfalvy et al., 2023}.

Bij **jongeren** blijken ook een laag **zelfvertrouwen** in de eigen bekwaamheid en een niet goed functionerende **emotieregulatie** samen te hangen met langdurige gedachten aan zelfmoord {Czyz et al., 2022}.

Volgende factoren werden in onderzoek geassocieerd met een **herhaalde zelfmoordpoging**:

- Het ervaren van **hopeloosheid** {Larkin et al., 2014; Liu et al., 2017; Lubbert et al., 2021; Steeg et al., 2016},
- Het ervaren van **'entrapment'**, of het gevoel vast te zitten {O'Connor et al., 2013}.
- **Prikkelbaarheid** {Lubbert et al., 2021}.

INTERPERSOONLIJKE FACTOREN

Een **verminderd sociaal functioneren** kan bijdragen aan de aanwezigheid van langdurige suïcidaliteit {Galfalvy et al., 2023; Arenson et al., 2021}.

Daarnaast komt langdurige suïcidaliteit vaker voor bij personen die **geen partnerrelatie** hebben dan bij personen die dit wel hebben {Mulholland et al., 2023}. Ook een herhaalde zelfmoordpoging komt vaker voor bij **alleenwonenden** {Larkin et al., 2014; Steeg et al., 2016}, bij **ongehuwden** en bij mensen met minder kinderen {Lubbert et al., 2021}.

Factoren binnen gezinnen spelen mogelijk ook een rol. Een herhaalde zelfmoordpoging op latere leeftijd komt vaker voor bij kinderen die opgroeiden met gescheiden ouders {Ligier et al., 2017; Lubbert et al., 2021} en bij kinderen van ouders met een psychische of afhankelijkheidsproblematiek {Liu et al., 2017; Lubbert et al., 2021; Villar et al., 2018}.

PSYCHIATRISCHE AANDOENINGEN EN EERDER SUÏCIDAAL GEDRAG

Het hebben van een **psychiatrische aandoening** is zowel geassocieerd met langdurige suïcidegedachten {Mulholland et al., 2023; Ten Have et al., 2009; Galfalvy et al., 2023; Czyz et al., 2022} als met herhaalde suïcidepogingen (dit laatste ook vaak in combinatie met **middelenafhankelijkheid**) {Cleare et al., 2018; Golay et al., 2021; Hu et al., 2016; Larkin et al., 2014; Ligier et al., 2017; Liu et al., 2017; Lubbert et al., 2021; Sicotte et al., 2023; Thomas et al., 2021; Villar et al., 2018}.

Daarnaast blijkt het gebruik van **illegale drugs of alcohol** ook vaker voor te komen bij personen die een herhaalde zelfmoordpoging ondernemen {Guerrero et al., 2017; Steeg et al., 2016}.

Langdurige suïcidaliteit wordt bijvoorbeeld vaak gezien bij **persoonlijkheidsstoornissen**, in het bijzonder de borderline persoonlijkheidsstoornis {Ekeberg & Hem, 2017; Yager & Feinstein, 2017a}. In de praktijk ziet men langdurige suïcidaliteit ook vaak terug bij personen met andere psychische problematieken van langdurige aard zoals een bipolaire stoornis en autismespectrumstoornis.

Ook een **voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag** is een belangrijke risicofactor voor de ontwikkeling van langdurige suïcidegedachten {Galfalvy et al., 2023; Mortier et al., 2017; Czyz et al., 2022} en de belangrijkste indicator voor toekomstig suïcidaal gedrag {Espandian et al., 2020; Guerreiro et al., 2017; Hu et al., 2016; Larkin et al., 2014; O'Connor et al., 2013; Sicotte et al., 2023; Suarez-Penilla et al., 2020; Villar et al., 2018}.

Wanneer voor een eerdere zelfmoordpoging een **opname** nodig was (hospitalisatie), dan was de kans groter op een herhaalde zelfmoordpoging {Fedyszyn et al., 2016; Suarez-Penilla et al., 2020}.

FACTOREN GERELATEERD AAN BEHANDELING

Tot slot is het duidelijk dat personen met langdurige suïcidaliteit vaak in behandeling zijn of al in behandeling zijn geweest {Bridge et al., 2018; Fedyszyn et al., 2016; Golay et al., 2021; Larkin et al., 2014; Lubbert et al., 2021; Mirkovic et al., 2021; Steeg et al., 2016; Suarez-Penilla et al., 2020}. Dit geldt voor zowel neurobiologische behandeling {Kivela et al., 2019} als psychologische behandeling {Herzog et al., 2022}.

Bij behandeling met medicatie is het opvallend dat interventies met medicatie waarbij men veel last ervoer van **bijwerkingen** samenhangen met persisterende suïcidaliteit {Mulholland et al., 2023}. Het opvolgen en bespreken van bijwerkingen is dus een belangrijk aandachtspunt in de behandeling.

Bij opname na een poging valt het op dat personen waarmee kort **na de opname geen contact** meer opgenomen kon worden vaker opnieuw een zelfmoordpoging ondernamen {Ligier et al., 2017}. Het niet aangaan van verdere behandeling na een zelfmoordpoging is dus mogelijk ook een risicofactor.

RISICOFACTOREN GEASSOCIEERD MET VAAK HERHAALDE ZELFMOORDPOGINGEN

Studies naar risicofactoren voor het ondernemen van vaak herhaalde zelfmoordpogingen (meer dan vijf) tonen aan dat dit kon geassocieerd worden met het suïcidaal gedrag gebruiken om een wenselijke **fysiologische toestand** te creëren (bv. even niks te voelen) {Blasco-Fontecilla et al., 2015}. Ook **werkloosheid** kwam bij deze doelgroep als risicofactor naar voor {Irigoyen-Otinano et al., 2019}.

BESCHERMENDE FACTOREN

Er is minder onderzoek naar factoren die beschermend werken voor langdurige suïcidaliteit. Uit een studie naar herhaalde zelfmoordpogingen bleek dat het ontvangen van **behandeling** voor een psychiatrische aandoening na een eerste poging beschermend werkte bij jongeren {Chen et al., 2014}.

Daarnaast bleek dat de grootte van het **sociaal netwerk** en ervaren steun beschermend werkten voor langdurige zelfmoordgedachten bij veteranen {Arenson et al., 2021}.

Tot slot kan het beschikken over goede **copingvaardigheden** beschermend werken en een herhaalde zelfmoordpoging voorkomen {Mirkovic et al., 2021}.

Referenties

1. Garakani, A., Buono, F. D., Larkin, K., Polonsky, M. & Goldberg, J. F. Development and validation of a new scale to measure chronic suicidal ideation: The Chronic Suicidal Ideation Inventory-5 (CSI-5). *J. Psychiatr. Res.* **150**, 160–164 (2022).
2. Hennings, J. M., Ising, M., Uhr, M., Holsboer, F. & Lucae, S. Recurrent suicide attempts affect normalization of HPA axis dysregulation after recovery from major depression. *Front. Psychiatry* **13**, (2022).
3. Can, A. T. *et al.* Low dose oral ketamine treatment in chronic suicidality: An open-label pilot study. *Transl. Psychiatry* **11**, 101 (2021).
4. Meyer, R. E. *et al.* Suicidality and risk of suicide--definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a consensus statement. *J. Clin. Psychiatry* **71**, e1–e21 (2010).
5. Yager, J. & Feinstein, R. E. General Psychiatric Management for Suicidal Patients, With Remarks on Chronicity: Contending With the Angel of Death. *J. Nerv. Ment. Dis.* **205**, 419–426 (2017b).
6. Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A. M. & Kessler, R. C. Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: A 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys. *J. Affect. Disord.* **105**, 25–33 (2008).
7. Ekeberg, Ø. & Hem, E. Chronically suicidal? *Tidsskr. Den Nor. Laegeforening Tidsskr. Prakt. Med. Ny Raekke* **137**, (2017).
8. Elzinga, E. *et al.* Een levenslange doodswens en persisterende suïcidaliteit: een exploratief onderzoek naar het ontstaan, verloop en behoeften van mensen die hieraan lijden. (2021).
9. Kaasenbrood & Wunderink. *Ernstige Psychiatrische Aandoeningen* | SpringerLink. (2021).

10. Yager, J. & Feinstein, R. E. A Common Factors Approach to Psychotherapy With Chronically Suicidal Patients: Wrestling With the Angel of Death. *Psychiatry* **80**, 207–220 (2017a).
11. Ness, J. *et al.* High-volume repeaters of self-harm. *Crisis* (2016).
12. Van De Koppel, M. *et al.* Behandelbeleid bij vrouwelijke adolescenten gegijzeld door chronische suïcidaliteit. *Tijdschr. Voor Psychiatr.* 214–219 (2022).
13. Koekkoek, B. & Kaasenbrood, A. Treating chronic suicidality involves taking risks. *Tijdschr. Voor Psychiatr.* **50**, 283–287 (2008).
14. Kerkhof, A. & Van Luyn, B. *Behandeling van Suïcidaal Gedrag in de Praktijk van de GGZ*. (Springer, 2016).
15. Mammen, O., Tew, J., Painter, T., Bettinelli, E. & Beckjord, J. Communicating suicide risk to families of chronically suicidal borderline personality disorder patients to mitigate malpractice risk. *Gen. Hosp. Psychiatry* **67**, 51–57 (2020).
16. Paris, J. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatr. Serv.* **53**, 738–742 (2002).
17. de Winter, R. F., de Winter, R. & Rivierduinen, G. Suïcide & suïcidaal gedrag. (2020).
18. Teismann, T. & Koban, C. Chronic Suicide Ideation: A Treatment Proposal. *Verhaltenstherapie* **32**, 222–229 (2022).
19. Lascelles, K. M., Davey, Z., Jackson, D. & Aveyard, H. Experiences and needs of adult informal carers of adults at risk of suicide: A systematic review with mixed methods analysis. *J. Adv. Nurs.* **80**, 1686–1718 (2024).
20. Edwards, T. M., Patterson, J. E. & Griffith, J. L. Suicide prevention: The role of families and carers. *Asia-Pacific Psychiatry* **13**, e12453 (2021).
21. Clibbens, N., Berzins, K. & Baker, J. Caregivers' experiences of service transitions in adult mental health: an integrative qualitative synthesis. *Health Soc. Care Community* **27**, e535–e548 (2019).

22. Duursen, R. van & Knapen, S. Omgaan met chronische suicidaliteit: van beheersen naar begrijpen, handvatten voor de praktijk. (2017).
23. McDowell, A. K., Lineberry, T. W. & Bostwick, J. M. Practical suicide-risk management for the busy primary care physician. in vol. 86 792–800 (Elsevier, 2011).
24. Rudd, M. D. Fluid vulnerability theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. (2006).
25. Ballard, E. D. *et al.* Acute risk factors for suicide attempts and death: prospective findings from the STEP-BD study. *Bipolar Disord.* **18**, 363–372 (2016).
26. Britton, P. C., Ilgen, M. A., Rudd, M. D. & Conner, K. R. Warning signs for suicide within a week of healthcare contact in Veteran decedents. *Psychiatry Res.* **200**, 395–399 (2012).
27. Ribeiro, J. D. *et al.* Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol. Med.* **46**, 225–236 (2016).
28. Yager, J. & Feinstein, R. E. A Common Factors Approach to Psychotherapy With Chronically Suicidal Patients: Wrestling With the An.
29. Hennings, J. M. Function and psychotherapy of chronic suicidality in borderline personality disorder: using the reinforcement model of suicidality. *Front. Psychiatry* **11**, 199 (2020).
30. Crane, C. *et al.* Comfort from suicidal cognition in recurrently depressed patients. *J. Affect. Disord.* **155**, 241–246 (2014).
31. Frost, H. *et al.* Effectiveness of motivational interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: a systematic review of reviews. *PloS One* **13**, e0204890 (2018).
32. Morton, K. *et al.* The effectiveness of motivational interviewing for health behaviour change in primary care settings: a systematic review. *Health Psychol. Rev.* **9**, 205–223 (2015).
33. Palacio, A. *et al.* Motivational interviewing improves medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *J. Gen. Intern. Med.* **31**, 929–940 (2016).

34. Zomahoun, H. T. V. *et al.* Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Epidemiol.* **46**, 589–602 (2017).
35. Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother. Theory Res. Pract.* **19**, 276 (1982).
36. Kaijadoe, S. *et al.* Een stil gevecht. Suïcide en suïcidaal gedrag: Wat doet dat met jou en mij. (2021).
37. Scocco, P., Toffol, E., Pilotto, E. & Pertile, R. Psychiatrists' emotional reactions to patient suicidal behavior. *J. Psychiatr. Pract.* **18**, 94–108 (2012).
38. Cartwright, C., Barber, C., Cowie, S. & Thompson, N. A trans-theoretical training designed to promote understanding and management of countertransference for trainee therapists. *Psychother. Res. J. Soc. Psychother. Res.* **28**, 517–531 (2018).
39. Ruskin, R., Sakinofsky, I., Bagby, R., Dickens, S. & Sousa, G. Impact of patient suicide on psychiatrists and psychiatric trainees. *Acad. Psychiatry* **28**, 104–110 (2004).